N° 78.

22

ESSAI

SUR LE

CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE,

PARTICULIÈREMENT

SUR CELUI QUI A RÉGNÉ DANS LA VILLE D'ARLES EN 1832.

Tribun académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

Le 10 Juillet 1837,

PAR

Victor AUBERT,

de SENS (Yonne),

CHIRURGIEN AIDE-MAJOR AU 4e RÉGIMENT D'INFANTERIE LÉGÈRE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Il aime à déjouer les systèmes de l'art;
Si l'on dit, ce fléau respecte le vieillard,
Sur l'heure, *là* même jour, le choléra s'avance,
Etouffe le vieillard et respecte l'enfance.

BARTHELEMY.

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1837.

A Monsieur NOGUÈZ,

MARÉCHAL-DE-CAMP

COMMANDANT LA PREMIÈRE BRIGADE A LA DIVISION DES PYRÉNÉES-OCCIDENTALES,

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Recevez ce faible témoignage de mon attachement et de ma vive reconnaissance, pour la confiance et l'intérêt que vous voulez bien m'accorder.

A Monsieur GALINIER,

COLONEL DU 4e RÉGIMENT D'INFANTERIE LÉGÈRE,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Gratitude, sentiments respectueux.

V. AUBERT.

A MA SŒUR.

Ni le temps, ni l'éloignement ne parviendront à affaiblir les liens de ma vive et constante amitié.

V. AUBERT.

ESSAI

SUR

LE CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE,

PARTICULIÈREMENT

SUR CELUI QUI A RÉGNÉ DANS LA VILLE D'ARLES.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Parmi les villes que le choléra a frappées durant sa course vagabonde, Arles a été une des plus malheureuses. Deux fois ce fléau a sévi contre elle, et deux fois il y a fait de nombreuses victimes. Des circonstances particulières recommandent à l'attention des médecins l'histoire de ces deux épidémies. Témoin de la première et chargé du service des cholériques à l'hôpital de cette ville, j'ai cru devoir utiliser pour ma dissertation les matériaux qu'elle m'a fournis. Je signalerai donc ce qui m'a semblé le plus important à connaître.

Loin de moi la prétention d'instruire les autres, et de doter la science de faits nouveaux; je n'ai eu qu'un seul but en écrivant ceci, c'est de satisfaire à mes obligations du mieux qu'il m'a été possible.

On a beaucoup parlé des déviations remarquables que le choléra

a faites à la ligne qu'il paraît s'être tracée lors de son fatal départ de l'Inde. Ces déviations souvent bien extraordinaires ne s'accommodent guère du système de la contagion.

Arles a présenté l'un des faits les plus extraordinaires de ce genre. En 1832 le choléra sévissait dans le nord de la France, le midi était épargné ; les premières craintes étaient déjà dissipées, lorsque, franchissant des distances considérables sans toucher aux intermédiaires, ce fléau tomba au milieu de ces contrées, dans la ville d'Arles. On pensait que cette ville allait devenir un foyer d'où le mal se répandrait par irradiation dans les alentours. Toutes les prévisions furent trompées à ce sujet, comme elles l'ont été tant de fois. Le choléra, après deux mois et demi de séjour environ, disparut comme il était arrivé, et au milieu de l'étonnement général la maladie ne put faire un seul pas hors de l'enceinte d'Arles.

Plus tard (1835), lorsque le midi fut régulièrement envahi, Arles devint une seconde fois victime. Pendant que l'épidémie éclatait à Beaucaire, quelques cas se déclarèrent parmi des personnes qui n'avaient pas quitté la ville ; elle se montra ensuite sur des individus arrivant de Beaucaire et de Marseille, et bientôt elle s'étendit sur toute la cité, où du 14 juillet au 14 septembre elle donna lieu à 509 décès. La seconde invasion s'expliquerait assez aisément, car tout le pays était généralement infecté ou sur le point de l'être. Mais la première, précédée, accompagnée et suivie de l'immunité générale, est un fait remarquable dont il serait utile de se rendre raison.

Comment Arles a-t-il été choisi entre toutes les villes du midi, lorsque la constitution épidémique ou la contagion, selon le système que l'on voudra adopter, était encore bien loin de nous? Pourquoi, cette constitution épidémique ou cette contagion sévissant sur Arles, le voisinage a-t-il pu se maintenir sain ? Il y avait donc, dans cette malheureuse cité, un centre bien puissant d'attraction pour le fléau ; il fallait donc, qu'on me passe l'expression, qu'elle fût plutôt mûre pour le choléra que le reste du midi.

Quelles circonstances lui ont valu ce funeste privilége ? Je vais énumérer celles qui tendent à répondre à cette question de la manière la

plus satisfaisante, sans prétendre, il s'en faut de beaucoup, lui donner une solution complète.

Je sais qu'il serait bien facile de citer des villes, placées dans les conditions hygiéniques les plus heureuses, qui cependant ont eu beaucoup à souffrir du choléra. Mais, en général, on démontrerait aisément, pour le midi de la France surtout, que les localités les plus humides et les plus insalubres ont été maltraitées au-dessus des autres.

Arles doit être rangé dans cette dernière catégorie. Cette ville est située dans une plaine immense, formant l'un des côtés du grand bassin de la Méditerranée. Le Rhône coule dans ses murs, il est là partagé en deux branches, dont la plus grande partage la cité en deux parties. Le terrain est bas et présente dans les alentours de grands amas d'eaux stagnantes, où pourrissent des substances végétales et animales. Un nouveau canal ouvert au midi entoure Arles de ce côté, et forme, conjointement avec le fleuve, une ceinture d'eau qui transforme la ville en une véritable île. Les vents si humides du midi y soufflent habituellement. Dans le jour, la chaleur est sèche et considérable, sur le soir le frais survient, des brouillards épais se condensent et ne sont dissipés que le lendemain au lever du soleil, ce qui constitue deux températures dissemblables dans les vingt-quatre heures et variant de plusieurs degrés.

Dans une ville exposée de tous côtés aux effluves marécageux, les fièvres intermittentes doivent être communes. En effet, elles s'y montrent en abondance vers la fin de l'été, lorsque les eaux, s'étant en grande partie évaporées, laissent à nu tant de matériaux en décomposition.

Arles est donc généralement malsain. Depuis 1804 jusqu'à 1831, le nombre des décès a dépassé chaque année celui des naissances de cinquante-un (1); les fièvres y prennent fréquemment un caractère pernicieux.

Je ferai remarquer que les deux invasions ont eu lieu à l'époque où les circonstances d'insalubrité dont il vient d'être question sont le plus

---

(1) Dubrueil et Rech, *Rapport sur le choléra-morbus asiatique*, pag. 24.

développées, c'est-à-dire à la fin de l'été. La première se fit au commencement de septembre, la seconde en juillet.

Il est très-digne d'observation qu'en 1832 le mal s'emprisonna dans les murs de la ville, et qu'il ne fit aucune victime au-dehors. En 1835, il se répandit dans les campagnes, mais les décès furent en petit nombre.

Les fièvres intermittentes annuelles coïncidèrent, en 1832, par leur retour avec la cessation des ravages de l'épidémie. En 1835 il n'en fut pas ainsi, leur apparition eut lieu comme à l'ordinaire, mais l'intensité du mal n'en diminua pas pour cela (1).

Je laisse actuellement ces considérations générales pour entreprendre l'histoire de l'épidémie de 1832, qui doit seule m'occuper dans ce travail.

Il paraît à peu près comme certain que l'influence cholérique se fit sentir sur la ville d'Arles à la suite d'un violent orage, le 25 août 1832. Beaucoup de gastro-entérites ont été dès-lors remarquées; les coliques, les indigestions, la diarrhée survenaient chez un grand nombre de personnes sans qu'on pût en découvrir la cause. Le 59e régiment de ligne venait de quitter cette garnison, où il avait laissé un grand nombre de malades atteints de diarrhée, de dysenterie, de fièvres intermittentes plus ou moins graves; les médecins attribuaient ces accidents à l'influence de la saison et au voisinage des marais. Bientôt les affections de l'abdomen prirent un caractère plus grave; des choléras sporadiques se montrèrent en assez grand nombre; un soldat du 59e régiment succomba, le 16 septembre, à cette maladie, et le premier décès bien constaté eut lieu le 17. Ce fut à la suite d'un excès de raisins que la maladie se déclara sur la nommée Payen, épouse B..., elle succomba douze heures après l'invasion. C'est alors par l'ouverture du corps que fut reconnue l'existence des principales altérations pathologiques que le choléra de l'Inde laisse après la mort; tous les médecins d'Arles se trouvaient réunis, et déclarèrent que la maladie qui avait causé la mort de cette femme, était le choléra asiatique.

La maladie prit un développement effrayant vers la fin de septembre,

---

(1) Dubrueil et Rech, *loc. cit.*, pag. 26.

le temps était très-orageux et chargé d'électricité, il ne régnait point de vent particulier. Le 7 octobre, la mortalité qui allait toujours croissant, fut encore augmentée par le mistral qui était très-froid et impétueux. Le 10, par le même vent on fit une procession (St Roch) et beaucoup de personnes ont été victimes de leur zèle religieux. La maladie fit des progrès jusqu'au 16, et le 17 elle commença à diminuer; il y a eu quelques recrudescences et elle fut presque terminée vers la mi-novembre; mais des décès ont encore eu lieu, et le dernier est du 28. Il s'est donc écoulé 74 jours depuis le premier décès au dernier.

5,000 personnes ont cherché un refuge dans les villes voisines et la campagne, elles n'y ont importé aucun germe de la maladie.

La ville compte dans son territoire 22,000 âmes, dont 15,000 dans son enceinte; le territoire n'a eu qu'un seul décès. La maladie a donc agi sur 10,000 âmes habitant en général le rez-de-chaussée de leur maison, où l'air n'est pas facilement renouvelé; 200 ouvriers travaillant au canal n'ont eu qu'un décès.

800 à 1,000 personnes ont été plus ou moins gravement atteintes et ont eu recours aux médecins; sur ce nombre il faut comprendre 42 militaires de la garnison, qui était forte de 700 hommes. Voici le tableau exact sur les décès des cholériques traités chez eux ou à l'hôpital depuis le commencement de l'épidémie, 16 septembre, jusqu'à sa fin, 28 octobre 1832.

TABLEAU GÉNÉRAL

sur les décès des cholériques traités chez eux ou à l'hôpital d'Arles,

DEPUIS LE COMMENCEMENT DE L'ÉPIDÉMIE (16 SEPTEMBRE) JUSQU'A LA FIN (28 OCTOBRE 1852).

DATES.	DÉCÈS.		SEXE.																CLASSES.					OBSERVATIONS.
			FEMMES.								HOMMES.													
	en ville.	à l'hôpital.	jusqu'à 10 ans.	de 11 à 20.	de 21 à 30.	de 31 à 40.	de 41 à 50.	de 51 à 60.	de 61 à 70	de 71 et au-dessus.	jusqu'à 10 ans.	de 11 à 20.	de 21 à 30.	de 31 à 40.	de 41 à 50.	de 51 à 60.	de 61 à 70	de 71 et au-dessus.	militaires.	riches.	aisés.	pauvres.		
du 16 septembre au 20 dudit.	1	3	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	4	
du 21 au 25.	3	2	1	»	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	2	3	5	
du 26 au 30.	7	4	»	1	1	»	1	2	»	»	2	»	»	»	»	1	2	»	1	»	2	8	11	
du 1er au 5 octobre.	23	5	4	2	»	3	3	2	2	1	2	»	»	3	2	1	1	»	2	»	8	18	28	
du 6 au 10.	31	30	9	6	3	7	15	3	8	2	5	2	3	2	2	3	3	»	8	»	26	47	81	
du 11 au 15.	34	14	4	4	1	2	2	2	2	2	7	»	4	4	4	3	5	2	»	»	13	35	48	
du 16 au 20.	14	6	»	»	»	3	1	3	4	»	»	2	»	»	1	2	1	»	3	1	3	13	20	
du 21 au 25.	12	3	1	»	2	2	»	1	1	3	1	»	»	3	»	1	»	»	»	»	5	10	15	
du 26 au 31.	13	»	1	»	2	1	2	1	1	»	1	»	1	2	1	»	»	»	»	1	3	9	13	
du 1er au 5 novembre.	9	3	1	»	2	»	3	»	1	»	1	»	»	»	»	2	1	1	»	»	3	9	12	
du 6 au 8.	6	5	»	»	2	2	1	2	»	1	1	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	10	11	
TOTAUX.....	173	75	21	13	14	21	29	17	19	9	21	4	10	14	10	14	13	4	15	3	65	165	248	

248 — 143 femmes — 90 hommes. — 248

233

15 militaires.

248

La maladie a atteint peu d'individus sains, vivant régulièrement; ils ont pu être sauvés; elle a frappé les corps affaiblis par des maladies antérieures, les gens se livrant à l'intempérance et habitués à quelques excès. Les femmes ont été plus impressionnables, peut-être à cause de la mauvaise nourriture; pendant l'épidémie, elles mangeaient des raisins, des melons et autres crudités qui amenaient la diarrhée; elle devenait d'autant plus cholérique, qu'elles ne faisaient rien pour s'en guérir, et en cet état, elles continuaient leurs travaux de campagne ou de ménage.

La mort a été d'autant plus prompte, que les premiers symptômes ont été négligés; il y a eu plusieurs cas de choléra foudroyant. Une femme de 33 ans est morte trois heures après les premiers symptômes; une autre femme de 54 ans, deux heures après un accès de colère; plusieurs dans cinq, sept, douze et quinze heures; généralement le décès est survenu avant l'expiration de la première huitaine, après ce terme le malade entrait en convalescence. Ce dernier état cependant présentait encore de si graves dangers, que la plus petite imprudence amenait une rechute et bien souvent la mort.

DÉFINITION.

On a défini le choléra (*cholera-morbus, cholerica passio, diarrhœa cholerica, choleri, cholerragie,*) une maladie dans laquelle la bile, sécrétée en quantité extraordinaire, donne lieu à des vomissements et à des évacuations alvines abondantes.

On a donné le nom de choléra asiatique à celui qui nous vient de l'Inde; ce qui me paraît le caractériser et le distinguer du choléra ordinaire: c'est 1° la possibilité de son apparition dans toutes les saisons et dans toutes les températures, tandis que le choléra du pays ne sévit qu'à la fin de l'été; 2° dans le choléra asiatique, il existe une dépression remarquable des forces circulatoires, qui est bien loin dans l'autre de se montrer au même degré: la cyanose, la petitesse et la disparition du pouls sont l'expression la plus remarquable de cette dépression; 3° les vomissements, les déjections alvines de matières

blanches ou jaunes, floconneuses; le froid glacial qui pénètre promptement les extrémités, puis toute la périphérie du corps.

ETIOLOGIE.

Les circonstances qui provoquent le développement du choléra asiatique dans un pays déterminé sont encore très-obscures. Les causes sont généralement les mêmes que celles du choléra sporadique, mais on reconnaît en outre une cause particulière, *sui generis*. En quoi consiste cette cause? Est-elle unique? Est-elle multiple? Ces questions sont encore pour la plupart insolubles.

Nous considérerons les causes sous deux points de vue principaux: premièrement les causes prédisposantes ou éloignées; secondement les causes occasionelles ou prochaines.

Causes prédisposantes. Le voisinage de la mer, des rivières, a été noté, dans le midi de la France du moins, comme une circonstance favorable au développement du choléra. Celui-ci, en effet, a suivi le littoral de la Méditerranée, a très-peu pénétré dans les terres, et sauf quelques exceptions, il a expiré au pied des montagnes: voilà pour les conditions extérieures. Quant aux individus considérés en eux-mêmes, l'âge, le sexe (1), la profession n'ont paru établir aucune différence. Les gens aisés ont été frappés comme les pauvres, et la différence dans le chiffre de la mortalité provient probablement du grand nombre de ces derniers et des obstacles qui s'opposent à ce qu'ils soient convenablement soignés dans leurs maladies.

Toutefois, il est généralement vrai que les sujets mal nourris, mal logés, buvant des eaux de mauvaise qualité, sont plus souvent exposés que d'autres à contracter le choléra, sans que pour cela les personnes qui se trouvent dans des conditions opposées soient invulnérables.

---

(1) Si on consulte le tableau des décès qui se trouve dans ma Dissertation, on verra que les femmes ont plus souffert que les hommes : les premières sont mortes au nombre de 143; le chiffre des hommes ne s'éleva qu'à 90. On a fait de semblables remarques dans plusieurs localités; dans d'autres, on en a fait de contraires.

Le mauvais état des organes digestifs est une cause prédisposante très-puissante ; aussi les sujets qui habituellement digéraient mal, et surtout ceux qui étaient atteints de maladies des organes épigastriques, échappaient difficilement aux atteintes de l'épidémie.

Les causes débilitantes étaient également prédisposantes du choléra, et parmi elles je placerai au premier rang la peur, la tristesse, une sévérité inopportune de régime, etc., etc.

Causes occasionelles. Parmi les causes qui donnent immédiatement lieu au choléra épidémique, on doit signaler le passage prompt du chaud au froid ; une ondée de pluie reçue sur le corps lorsqu'on est en sueur ; les bains pris froids le corps étant très-échauffé ; les aliments difficiles à digérer, âcres, pesants : tels que la viande de porc, les œufs de poisson, les harengs fumés, les vins qui n'ont pas encore fermenté ou qui sont en fermentation, les fruits acides ou abreuvés de substances aqueuses: tels que les ananas, les concombres, les melons, les champignons. L'indigestion, en temps de choléra, n'est pas une simple indisposition comme à toute autre époque ; elle mène directement à la maladie et elle exige des soins appropriés et un traitement bien entendu.

L'usage des eaux bourbeuses ou stagnantes, les poisons irritants, les vomitifs, les drastiques donnés intempestivement, les excès de table et du coït, la colère, un chagrin subit, les variations barométriques et thermométriques de l'atmosphère, l'augmentation ou la diminution de son électricité.

Toutes ces causes, qui sont à peu près les mêmes que celles des autres épidémies, ne sauraient vraiment produire une maladie comme le choléra asiatique, sans certaines combinaisons entre elle et la cause spéciale qui est absolument inconnue dans sa nature. Réunies ou séparées, lorsque ces circonstances exercent leur influence sur un certain nombre d'individus et qu'en même temps la cause inconnue vient à agir, le choléra se développe sur les personnes ainsi prédisposées et n'a aucune action sur celles qui sont dans des circonstances plus favorables, quoique vivant et logeant avec les autres.

Quelle est donc cette cause ? Est-ce un miasme, un effluve, une

émanation terrestre, une modification de l'atmosphère? Si l'on en croit Hahnemann, des insectes imperceptibles auraient amené l'affreuse maladie qui a ravagé l'Asie, l'Afrique et une grande partie de l'Europe. Selon un chimiste allemand, ce serait un principe alcalescent développé dans le sang, etc. Nous devons convenir que nous l'ignorons, l'analyse chimique de l'air atmosphérique, pris dans différents quartiers de Paris, n'a pu y faire découvrir rien d'étranger à la composition de l'air pur; s'il a paru un instant recéler le principe cholérique, c'est qu'on avait attribué à ce même principe les symptômes d'une épizootie qui s'était manifestée parmi les vaches et les poules.

Quoi de plus extraordinaire que le choléra d'Arles en 1832? Renfermé dans la ville elle-même, 247 personnes succombent à cette maladie; extrà-muros un seul cas! Et pourtant très-près de la ville deux cents ouvriers travaillent à creuser un canal qui doit communiquer du Rhône à la mer; ils travaillent dans l'eau et la boue, sont exposés à une masse plus ou moins grande d'effluves méphitiques: un seul cas se présente chez eux. De même que le delta du Gange et du Nil, on n'ignore pas que les embouchures du Rhône résultent d'un terrain d'alluvion, qui permet la production de milliers infinis d'animaux et de substances végétales qui passent bientôt à l'état de décomposition, sous la double influence de l'humidité et d'une chaleur excessive; mais si c'était une principale cause, les lieux les plus rapprochés de ces émanations ne seraient-ils pas ceux où la maladie devrait commencer à se développer? Il n'en est pas toujours ainsi; cependant reconnaissons que, si aucune profession n'a paru se soustraire aux atteintes de l'épidémie, les individus logés dans les quartiers les plus insalubres et ceux agglomérés dans des maisons malpropres et peu aérées ont été atteints les premiers dans la ville d'Arles.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le choléra *asiatique* (1) se déclare plus souvent la nuit que le jour; il débute de deux manières, lentement ou avec promptitude. Nous

(1) Nous nous servirons indifféremment du mot *asiatique* ou *épidémique*.

commencerons par grouper, et les signes avant-coureurs connus sous la dénomination de prodromes, et tous les symptômes qui, depuis l'invasion jusqu'à la terminaison, rendent si hideuse la physionomie du cholérique.

Signes précurseurs : douleur ou pesanteur de tête, éblouissements, vertiges, insomnie, sentiment de fatigue dans les membres, ou lassitude générale, inappétence, chaleur à la région épigastrique ; nausées ou vomissements ; coliques avec diarrhée ou sans dévoiement, anxiété très-grande ; la peau a perdu sa chaleur naturelle aux extrémités, il y a quelquefois de légères crampes dans les membres, le plus souvent c'est un sentiment de formication. Quelques-uns de ces prodromes suffisent pour faire redouter, en temps d'épidémie de choléra, l'invasion de la maladie ; il n'est pas indispensable qu'ils soient tous réunis. Il est rare que cette maladie s'annonce un ou deux jours à l'avance par de l'inappétence, un sentiment de fatigue, etc.; il est plus commun de la voir précédée pendant quelques jours par de la diarrhée.

Le *facies*, qui n'avait exprimé qu'une sorte d'inquiétude et de souci, acquiert bien vite tous les caractères particuliers qui l'ont fait appeler *facies cholérique :* yeux cernés, aplatis, quelquefois secs, d'autres fois larmoyants, injectés, souvent entourés d'un cercle brunâtre, ils s'enfoncent insensiblement dans l'orbite à mesure que la maladie fait des progrès ; les paupières presque fermées laissent apercevoir la sclérotique et de temps à autre la cornée transparente ; la bouche est entre-ouverte, les pommettes saillantes ; les joues enfoncées, déprimées ; les lèvres sont bleues, quelquefois livides, écartées, laissant voir les dents qui le plus souvent sont rapprochées ; la langue est sèche et froide, quelquefois blanche à sa base. La peau perd insensiblement de sa température et finit par être d'un froid glacial d'abord au nez, aux oreilles et aux extrémités ; si on la pince sur le dos de la main, elle conserve quelque temps les plis qu'on a faits. La peau des doigts et souvent celle des orteils est ridée, comme si ces parties avaient été tenues dans l'eau ; elle est bleuâtre ou noirâtre particulièrement à la base de l'angle ; la teinte de la péripherie du corps est plombée, jaunâtre ou

violacée. C'est constamment avec la cessation du pouls à l'artère radiale, que nous avons observé le développement de la cyanose. Rarement sèche, elle est ordinairement couverte d'une sueur froide. La soif est ardente, désir inextinguible de l'eau froide ou de la glace; douleurs dans la poitrine, au creux de l'estomac et dans le bas-ventre; crampes plus ou moins violentes dans les mollets et les muscles des bras; voix altérée, basse, faible, presque éteinte, souvent rauque; cris plaintifs, sourds, étouffés, indiquant la douleur.

Le pouls qui était faible au commencement se ralentit insensiblement, il devient petit et disparaît bientôt sous la pression des doigts; le cœur gorgé de sang ne se contracte qu'avec peine, et les vaisseaux artériels, accoutumés à recevoir un sang hématosé, ne fonctionnent plus que d'une manière désordonnée. La respiration est lente et entrecoupée de profonds soupirs, une respiration profonde est impossible; il y a hoquet plus ou moins fort, manquant quelquefois; l'ouïe est dure, il y a bourdonnements et douleurs dans les oreilles. Les urines sont le plus souvent supprimées ou rendues en très-petite quantité, elles sont alors troubles et blanchâtres. Il est des cas où les urines se conservent comme à l'ordinaire; les selles qui étaient d'abord d'un fluide aqueux, flocoumeux, semblables à de l'eau de riz, sont bientôt brunâtres ou jaunâtres et ont un peu plus de consistance, souvent on y remarque des stries de sang. Les douleurs abdominales ne laissent plus de relâche; quelquefois ce sont des épreintes sans pouvoir satisfaire le besoin d'aller à la selle, des envies de vomir sans vomissement. Quelques praticiens ont cru que l'absence des selles ou des vomissements, ou leur cessation prompte, était un mauvais présage. Le malade ne peut plus se coucher sur les côtés, tout le corps fortement fléchi en avant se ramasse en boule, il ne conserve aucune position; l'anxiété est extrême, et la mort met enfin un terme à ces cruelles souffrances, soit au milieu de mouvements violents, de cris arrachés par la douleur, soit à la suite d'une agonie lente.

Il est de remarque que les cholériques conservent libres les facultés intellectuelles et peuvent juger de toute l'horreur de leur état; le plus souvent il y a affaissement dans les facultés, et cet affaissement rend

moins pénible pour les malades la connaissance qu'ils ont de leur danger. Le choléra asiatique peut durer depuis quelques heures jusqu'à six ou sept jours au plus, quelque chose que l'on fasse pour améliorer la position du malade. Quelques-uns n'accusent pas de crampes, d'autres n'ont pas de diarrhée, d'autres pas de vomissements, ce sont du reste des anomalies de peu d'importance. Quoique la nature se joue de nos distinctions et qu'une affection dont la durée quelquefois si courte n'a point de stades marqués, mesurés par des symptômes constants; qu'alors même que la maladie se prolonge jusqu'au septième jour, rien n'est réellement arrêté dans la marche de ses phénomènes, pour mettre plus d'ordre dans nos divisions nous considérerons le choléra épidémique sous trois temps ou périodes. Dans la première période nous traiterons de l'invasion de la maladie; la deuxième sera la période algide ou de concentration, et la troisième traitera de la réaction qui se termine toujours par la convalescence ou la mort. Ces périodes sont loin d'être semblables chez tous les malades et même chez un seul; elles changent de nuance, revêtent un plus ou moins haut degré d'intensité, suivant les différents cas. Quoi qu'il en soit, il sera toujours, dans la majeure partie des circonstances, très-facile d'en faire la distinction.

Premier temps ou période d'invasion. Nous avons dit que le choléra asiatique n'était pas toujours précédé de signes précurseurs, et que son invasion était quelquefois soudaine. En général, il se déclare par de la diarrhée, un malaise général surtout de la tête, vomissements de portions d'aliments, quelquefois verdâtres, bilieux, et d'un peu de bile; ensuite d'un liquide plus ou moins blanchâtre, floconneux; évacuations diarrhéïques, le plus souvent avec ténesme, de matière semblable à de l'eau de riz, présentant quelquefois des stries de sang; les urines sont supprimées ou rendues en petite quantité; fourmillement dans les pieds, quelquefois des crampes aux mollets et dans les muscles des bras, avec alternatives de relâchement; douleur plus ou moins vive à l'épigastre; sensation d'une forte chaleur dans le bas-ventre; soif très-vive, ardente; langue molle, humide, nette ou couverte à sa base d'un enduit blanc, jaunâtre; quelquefois un peu rouge à sa pointe qui est légèrement refroidie; pouls d'abord accéléré, puis petit, fréquent;

dyspnée, voix faible ; les pieds et les mains sont froids ; altération profonde des traits; anxiété très-grande et débilité générale. Cette période, variable comme les deux autres, peut durer depuis quelques instants à un ou deux jours, rarement davantage ; la maladie passe à l'état algide ou se termine par le retour à la santé, et dans ce cas la convalescence est ordinairement rapide : cela arrive chez les adultes bien constitués, qui ne portent aucune altération organique et qui reçoivent de prompts secours.

Deuxième temps, période algide ou de concentration. C'est dans ce degré de la maladie que les cholériques offrent des caractères si bien tracés, des signes distinctifs si évidents qu'il est impossible de la méconnaître quand on a pu l'observer une seule fois ; non-seulement il y a augmentation des symptômes du premier degré, mais il s'en manifeste de nouveaux. Ainsi, le pouls devient de plus en plus petit, et il est difficile de sentir les battements des artères des extrémités ; ceux du cœur sont légers, faibles et lents ; la respiration est difficile, elle se fait mal, puisqu'un dérangement profond de l'hématose est un des principaux phénomènes du choléra ; mais souvent le malade n'en a pas la conscience et il déclare respirer très-librement ; l'haleine est froide et répand une odeur particulière ; la sueur du corps exhale aussi une odeur fade ; le froid glacial de la face, de la langue et des extrémités ne tarde pas à envahir tout le corps ; partout où il s'étend on observe une cyanose ou teinte violacée de la peau, qui a perdu sa force contractile et souvent une partie de sa sensibilité ; les yeux sont enfoncés dans les orbites et comme atrophiés, entourés d'un cercle livide et à moitié couverts par la paupière supérieure ; le nez s'effile, les joues sont souvent couvertes d'une sueur froide, la figure est vraiment cadavéreuse, c'est le *facies* cholérique.

Les organes sécréteurs exercent imparfaitement ou nullement leurs fonctions, il y a presque constamment absence d'urine ; les vomissements, la diarrhée et les crampes continuent d'une manière plus ou moins intense, ou finissent par disparaître tout-à-fait ; il en est de même du hoquet qui n'est pas toujours constant ; les malades s'agitent, se plaignent, soupirent, quelquefois poussent des cris. En général, ils sont

abattus, ne parlent qu'avec peine d'une voix rauque et éteinte, ce qui provient sans doute de la faiblesse et de l'irrégularité d'action des muscles du larynx. Enfin, la mort, comme par asphyxie, si je puis me servir de cette analogie, termine cette série de symptômes déplorables, si la nature médicatrice ou l'art ne font pas diminuer promptement les symptômes de concentration, au point que les fonctions interverties se rapprochent de leur état naturel.

Troisième temps ou période de réaction. C'est au passage de la deuxième période, ou état algide, à la période de reaction, que les jours du cholérique sont le plus compromis. Lorsque après la période de froid la réaction s'opère, les malades restent ordinairement dans un état de torpeur qui peut durer plusieurs jours; loin de s'effectuer d'une manière graduelle, elle a lieu le plus souvent par des mouvements, ou trop faibles pour la compléter, ou violents et désordonnés pour produire de graves complications; elle est quelquefois portée au point de déterminer des congestions.

D'après cela, il est facile de concevoir combien est difficile la tâche du médecin qui se charge de provoquer une réaction dont l'issue soit favorable. Est-elle régulière et modérée, que ce soit par les soins du médecin ou par la vigueur de la constitution du sujet; on voit survenir alors une série de phénomènes qui annoncent le retour à la santé. Ainsi, la circulation se ranime progressivement, le pouls reparaît, la peau se réchauffe et conséquemment reprend peu à peu sa couleur naturelle, elle est moite, ou quelquefois il s'établit une sueur abondante; les yeux sont peu à peu projetés en avant, la figure est moins hideuse et la voix plus sonore; les urines coulent de nouveau; les crampes, les vomissements et la diarrhée diminuent ou cessent tout-à-fait; la soif est moindre, et le désir de boissons froides n'existe plus; la respiration devient plus libre; enfin, toutes les fonctions se rapprochent graduellement de l'état normal et le malade peut se livrer à la douceur du sommeil dont il était privé; l'appétit ne tarde point à se faire sentir. C'est le commencement de la convalescence qu'il faut surveiller avec beaucoup de soin, pour prévenir les rechutes qui sont d'autant plus graves que la faiblesse du malade est plus grande, et que la nature

offre moins de ressources pour combattre avantageusement cette nouvelle maladie.

Si la réaction est insuffisante, les fonctions organiques ne se raniment qu'avec lenteur et d'une manière irrégulière ; la peau est humide, visqueuse et fraîche ; l'état algide et la cyanose restent, à peu de chose près, les mêmes, parce que la circulation, toujours très-lente, se fait imparfaitement ; on n'entend plus dans la région du cœur qu'un léger frémissement ; la sécrétion de l'urine est toujours suspendue, le visage toujours cadavéreux ; il survient du hoquet s'il n'existait pas encore, des soubresauts dans les tendons, de petits mouvements convulsifs, d'autres fois un calme parfait dont on ne saurait se réjouir, et le malade meurt en cet état.

La réaction est-elle surabondante, s'annonce-t-elle avec force ; on voit alors la circulation, qui était calme et pour ainsi dire stagnante, devenir forte ; le pouls acquiert de la plénitude, de la dureté et beaucoup de fréquence ; les traits s'animent ; il y a rougeur de la face, injection des paupières, des yeux et des pommettes ; turgescence sanguine aux poumons, au cerveau, etc. ; et souvent, malgré les moyens employés, les malades succombent promptement aux congestions ou aux phlegmasies qui proviennent de ce désordre.

Quelquefois la réaction ne dure que quelques heures et rarement plus d'un jour ou deux. On a remarqué qu'elle était d'autant plus avantageuse, qu'elle s'établissait plus lentement. Dans la période de réaction, il s'établit une espèce de lutte qui peut beaucoup se prolonger, suivant l'énergie de la constitution et la forme qu'a offerte la maladie ; elle est d'ailleurs entravée et entretenue par une foule de complications. Ainsi, le plus ordinairement, elle est compliquée des caractères particuliers au typhus. Cet état s'annonce par les symptômes suivants : débilité générale, prostration des forces, assoupissement, yeux injectés, larmoyants ; l'ensemble de la physionomie offre une sorte de stupeur ; les organes des sens ne perçoivent que faiblement l'action des agents extérieurs ; le malade paraît étranger à tout ce qui l'entoure ; les lèvres, les dents se couvrent d'un enduit noirâtre ; la langue est sèche, dure et de couleur cuivrée ; il y a des mouvements convulsifs

dans les membres, soubresauts des tendons, etc. Ce typhus diffère du typhus ordinaire par l'absence de l'exacerbation et de la rémission. Il n'est pas rare que la fièvre, quand elle s'est établie, prenne la forme rémittente, quelquefois même elle devient tout-à-fait intermittente. C'est d'après des cas de ce genre que plusieurs médecins ont regardé le choléra comme une fièvre intermittente pernicieuse. Ce fait de la rémittence et de l'intermittence de la fièvre du choléra a été souvent constaté en Pologne, en France il a été plus rare (1). La durée est assez variable, et ses dangers ne sont pas moins grands que ceux du choléra épidémique. Lorsque l'issue doit être mortelle, elle a lieu un, deux, trois ou quatre jours après l'invasion, bien rarement plus tard. Si la maladie se prolonge, il y a beaucoup plus d'espoir de la voir terminer avantageusement : c'est ordinairement du deuxième au quatrième jour que le mieux se fait remarquer.

DIAGNOSTIC.

S'il est des maladies qui, par leur analogie, peuvent aisément se confondre avec d'autres, il n'en est pas de même pour le choléra asiatique. La gastrite, dans laquelle on observe quelquefois des symptômes analogues, a une marche tout-à-fait différente et ne donne lieu qu'à des vomissements bilieux. La fièvre intermittente cholérique en diffère par les signes communs aux fièvres intermittentes pernicieuses, et surtout par la forme et le retour des accès.

Dans le cas d'empoisonnement, les circonstances commémoratives et la présence du poison dans les matières évacuées éclairent le jugement. Depuis Sydenham, qui en a fait la première remarque, le choléra dit sporadique se montre à la fin de l'été, et assez fréquemment d'une manière épidémique. L'épithète de sporadique, dont on se sert généralement pour le caractériser, n'est donc pas justement appliquée. Toutefois, l'action épidémique du choléra asiatique est plus profonde, plus étendue, et son mode de propagation indique qu'elle a une toute autre origine. Si nous voulons établir une comparaison entre ces deux

(1) Delmas, art. *Choléra*, Dict. méd., 2e édit.

maladies, nous trouvons que les causes prédisposantes et occasionelles sont les mêmes; il faut cependant reconnaître une prédisposition propre au choléra asiatique qui échappe à notre investigation. L'invasion est la même, plus subite, avec ou sans prodromes, le plus souvent pendant la nuit ou après un accès de colère ou de frayeur, d'autres fois après le repas.

Dans le choléra sporadique, il y a céphalée, gastralgie, nausées, vomissements de matières bilieuses, séreuses ou muqueuses; déjections alvines répétées de matières grises, jaunes, blanches, rarement involontaires. — Mêmes vomissements pour le choléra asiatique; déjections des mêmes matières, puis d'un liquide aqueux, floconneux, qui a été comparé à de l'eau de riz épaisse, ou à de l'eau dans laquelle on aurait délayé de l'amidon ou de la pâte d'amande, quelquefois avec des stries ou parcelles de sang, souvent involontaires; même tension du ventre, même dépression, mais la soif est plus vive, elle est ardente.

Refroidissement insensible des membres sans changement de couleur à la peau. — Refroidissement général, peau livide, violacée à divers endroits du corps, bleuâtre ou noirâtre aux lèvres et aux angles.

Pouls petit, serré, concentré. — De même souvent imperceptible.

Anxiété, crampes, défaillance. — Anxiété extrême, crampes violentes, convulsions, rarement défaillance.

Décomposition des traits de la face, enfoncement des yeux dans leur orbite.—Décomposition rapide des traits de la face, *facies cholérique*.

Voix faible et basse.—Elle est presque la même, mais souvent rauque.

Marche rapide dans l'un et l'autre cas; guérison du deuxième au sixième jour pour le premier. — Elle est plus tardive, et la mortalité est beaucoup plus grande pour le choléra asiatique.

Caractère non contagieux.—Contagieux selon les uns, et non contagieux selon les autres.

PRONOSTIC.

Le pronostic varie selon l'époque de l'épidémie, l'intensité des symptômes, et l'époque de la maladie à laquelle on administre les moyens thérapeutiques. Si l'épidémie est dans toute sa force, si les

périodes d'invasion et de concentration se confondent, le pronostic est toujours très-grave ; il le sera moins au commencement et surtout à la fin de la maladie. La gravité des symptômes ne permet pas de porter, en général, un pronostic favorable : les signes les plus fâcheux sont l'absence du pouls et la cyanose. Lorsque la réaction est incomplète, qu'il y a suppression d'urine, des selles sanguinolentes, une anxiété profonde, le hoquet, une voix saccadée, etc., une sueur froide, visqueuse (il faut bien se garder de la prendre pour un bon effet de la réaction); quand le retour de la circulation n'est point annoncé par les battements du pouls, elle annonce une mort prochaine. Le pronostic sera encore très-grave, si la réaction trop forte ne peut être modérée, car il faut craindre une congestion au cerveau ou sur un autre organe, et le passage de la maladie à l'état typhode. M. Broussais a regardé comme un symptôme fâcheux, la présence des vers dans le canal intestinal. Sans nous prononcer à ce sujet, nous dirons que quatre de nos malades ont rendu des lombrics et qu'ils ont recouvré la santé, et que des vers de la même espèce ont été trouvés dans les intestins d'un grand nombre de cholériques qui ont succombé à l'hôpital d'Arles.

On doit espérer le retour à la santé, lorsqu'il y a diminution progressive des vomissements et des déjections; lorsque le pouls reparaît et que la chaleur se rétablit ; que les urines commencent à couler ; enfin, un amendement progressif des symptômes qui constituent chaque degré. C'est surtout dans cette maladie qu'il convient d'agir promptement et surtout au début ; les chances du succès seront d'autant plus grandes qu'il se sera écoulé moins de temps depuis l'invasion. Et pourtant, il faut l'avouer, il y a des cas où cette maladie marche avec une telle vitesse, que, malgré l'administration des secours les plus prompts, le malade succombe en peu d'heures.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les ouvertures des cadavres d'individus qui ont succombé à la suite du choléra épidémique, offrent des lésions ou des altérations plus ou

moins profondes, plus ou moins prononcées, suivant la mort plus ou moins prompte des sujets.

L'habitude extérieure est la même que celle du corps dans les derniers instants de la vie ; cependant beaucoup ont remarqué que l'altération des traits était moindre après la mort que pendant la vie. Plusieurs cholériques, en effet, dont la figure était horriblement contractée, ont repris un air de tranquillité et de sérénité peu de temps après leur dernier soupir. Un fait remarquable, c'est la chaleur de la peau qui se développe surtout à la région précordiale, d'où elle semble se répandre aux autres parties du corps ; la diminution ou même la cessation de la cyanose, et la roideur cadavérique qui est très-prononcée.

Tête. Les sinus de la dure-mère sont toujours gorgés de sang noir, ordinairement fluide ; un liquide blanc, clair, quelquefois sanguinolent, est répandu à la surface du cerveau et des méninges. Les membranes arachnoïde et pie-mère ont présenté plusieurs fois de l'injection. Le cerveau coupé par tranches laisse échapper des vaisseaux divisés une foule de gouttelettes sanguines, le cervelet offre le même aspect ; sa consistance est à peu près normale, elle a quelquefois diminué. Les ventricules sont remplis d'une sérosité abondante chez certains sujets, d'autres fois ils sont dans l'état naturel. La moelle allongée et la moelle épinière ne présentent point de lésion bien caractérisée. Nous avons disséqué avec soin, en présence du professeur Delpech, le plexus solaire, le grand et le petit splanchnique, sur deux sujets, sans y remarquer une lésion apparente ; il en a été de même des autres plexus et des gros troncs nerveux.

Cou. Le larynx, l'œsophage et les autres parties du cou n'offrent rien de particulier.

Poitrine. Les plèvres sont desséchées et parcheminées, quelquefois elles offrent des adhérences, suite d'une ancienne maladie. Les poumons sont plus denses et plus épais à leur partie postérieure, engoués de sang noir (c'est un effet de la transsudation cadavérique), ordinairement sains partout. Le péricarde intact est remarquable par sa sécheresse ; il y a peu ou point de sérosité. Le cœur est sain, quelque-

fois mou, constamment rempli de sang noir, épais, en partie liquide et en partie coagulé, suivant l'époque de la mort. Les cavités gauches sont moins distendues que les droites; elles renferment du sang coagulé sous forme d'une masse épaisse, cylindrique, offrant l'aspect de ce que l'on nommait autrefois concrétions polypeuses. Une quantité plus ou moins grande de sang de même nature se trouve aussi dans l'aorte et l'artère pulmonaire.

La masse du sang est notablement diminuée. On distingue difficilement l'artériel du veineux; ce liquide a un aspect tout particulier: brillant, visqueux, gélatineux, il est évidemment privé d'une grande partie de sa sérosité. Ce dernier fait a été confirmé par l'analyse chimique qui a fourni les résultats suivants: 1° le sang des cholériques contient moins de proportion d'eau; 2° la quantité normale des substances salines a beaucoup diminué; 3° la quantité d'albumine est manifestement augmentée. M. Rochoux pense que les humeurs en général, mais surtout le sang, subissent, dans le début de la maladie, une altération sensible. Ce physiologiste dit que le sang des cadavres est plus noir si la mort est plus prompte, tandis que, la maladie s'étant prolongée, ce fluide a eu le temps d'acquérir ces qualités anormales: ce que j'ai remarqué, c'est la grande diminution du sérum à toutes les époques de la maladie.

L'œsophage n'offre rien de particulier dans sa partie supérieure, mais souvent on trouve de la rougeur dans son tiers-inférieur et surtout près de l'orifice cardiaque.

Abdomen. Le péritoine est presque toujours dans son état naturel, cependant on remarque une sécheresse de cette membrane qui souvent est privée de l'humidité qui la lubrifie dans l'état normal; ses vaisseaux sont plus ou moins injectés au grand épiploon, au mésocolon transverse et en quelques points du mésentère; les ganglions mésentériques sont dans un état d'engorgement et presque toujours augmentés de volume.

L'estomac et les intestins n'offrent rien de bien remarquable à l'extérieur; quelquefois ils sont dilatés par des matières liquides et des gaz; dans quelques cas, ils présentent une couleur légèrement

rosée, des taches rouges ; dans le plus grand nombre, c'est la couleur naturelle. La surface interne de l'estomac est plus ou moins profondément altérée ; les vaisseaux sont souvent injectés ; la membrane muqueuse, enflammée sur plusieurs points, est presque toujours épaisse, ridée, quelquefois ramollie, offrant les traces ou d'une phlegmasie ancienne, ou d'une rougeur très-vive, située vers le pylore, son bas-fond ou le cardia, rougeur qui est ou pointillée, ou arborisée, ou par plaque. Le fluide contenu dans l'estomac est un mélange de tisane et de mucosités, quelquefois il est vide ; la muqueuse est alors recouverte d'un enduit blanchâtre, gris, glutineux, adhérent aux parois de l'estomac.

Le duodénum est presque toujours le siége d'altérations semblables à celles de l'estomac, mais le plus souvent à un degré moindre.

L'intestin grêle, quelquefois dilaté, ou rétréci alternativement dans quelques points, offre bien rarement des invaginations: quand elles existent, elles s'établissent le plus souvent de bas en haut. La membrane muqueuse présente des altérations constantes, caractérisées par des rougeurs plus ou moins vives et par le développement morbide des follicules muqueux ou glandes de Brunner. Ces glandes, agglomérées en plaques, se montrent, vers la fin de l'iléon, sous forme de corps ovales, aplatis, dirigés suivant la longueur de l'intestin ; par des taches ecchymosées, par l'infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-muqueux et sous-séreux. Pour la grandeur et l'intensité de la couleur des taches, elle est très-variable, quelquefois longue d'un pouce, d'autres fois de six ou huit. C'est surtout au voisinage du cœcum que l'on observe le développement et l'altération des plaques dites de Peyer, et des cryptes muqueux. On voit de petits boutons saillants, blanchâtres ou d'un blanc grisâtre, que l'on peut facilement reconnaître par la présence d'un orifice qui se trouve à leur centre.

Développés presque constamment sur toute la muqueuse du tube digestif, ils varient selon les sujets, quant à leur nombre, leur forme, leur volume, et relativement à l'époque de leur apparition. Ces follicules ou cryptes se réunissent quelquefois, s'agglomèrent et forment des plaques de grandeur variable ; il y a rarement de petites ulcérations,

et plus rarement encore des escharres gangréneuses si fréquentes sur la muqueuse digestive dans les gastro-entérites ; des fluides visqueux, mêlés de petits flocons blanchâtres, comme on en remarque dans les matières rancies, recouvrent en plus ou moins grande quantité la surface interne de la muqueuse. Si la maladie s'était prolongée, on trouvait un fluide grisâtre, assez homogène et abondant.

Le gros intestin offre les mêmes altérations, mais presque toujours à un degré moindre ou bien plus fort que dans l'intestin grêle. C'est principalement dans le cœcum et vers la fin de l'S iliaque du colon, qu'on trouve généralement la membrane muqueuse du gros intestin d'un rouge très-vif, épaissie et comme crevassée, lorsque les malades ont eu des selles sanguinolentes.

L'appendice cœcale n'offre point d'altération particulière : on y observe quelquefois de la rougeur et les follicules saillants.

Le foie ne présente pas ordinairement d'altération ; souvent il est gorgé de sang noir et poisseux ; la vésicule biliaire est presque toujours distendue par une grande quantité de bile. Ce fluide est presque constamment épaissi et d'un noir verdâtre ; quelquefois on rencontre dans cette poche des calculs biliaires ; les membranes sont généralement dans l'état naturel, et leur surface interne sans altération ; souvent le foie est d'un plus gros volume que dans l'état ordinaire.

Le pancréas, la rate et les reins sont rarement altérés dans leur structure organique, ces deux derniers organes sont souvent gonflés. La vessie est petite, contractée sur elle-même et réduite à un petit volume, quelquefois rouge près de son col ; elle contient peu ou point d'urine. Chez certains sujets, on a observé, entre ses replis intérieurs, des parcelles d'une matière blanche, molle, comme caséiforme.

Toutes ces altérations peuvent varier suivant que les personnes sont mortes presque subitement, et alors l'anatomie pathologique ne dévoile ordinairement rien de remarquable ; ou lorsque les sujets ont supporté plusieurs jours de maladie, ou encore toute autre maladie que le choléra épidémique. Les résultats des analyses sur l'état du sang, de la bile, de la sérosité, de l'urine et des matières vomies, faits par M. Foy, ancien pharmacien, docteur en médecine, chargé de traiter les cholériques à l'hôpital d'Ujazdower, sont les suivants:

1° La bile n'a rien présenté de particulier dans sa composition, si ce n'est une proportion d'eau d'un tiers moins grande que dans l'état ordinaire.

2° Les matières vomies n'ont également rien offert de particulier; quelquefois mélangées avec une petite quantité de bile, leur saveur était amère ; enfin, après quelques vomissements, cette saveur devenait acide.

3° On en peut dire autant du sang et de l'urine, cependant on y trouve deux fois moins de sérum que dans l'état habituel. Le sang contenu dans les veines et les artères des extrémités contient encore moins de sérosité ou de partie aqueuse que celui du tronc ou de la tête ; sa surface est recouverte en partie par un réseau extrêmement mince, brillant, d'une couleur violacée, et ses nombreux caillots sont souvent enveloppés dans une couche de fibrine presque pure et jaunâtre. Quant à l'urine, elle contient une fois et demie moins d'eau et d'urée que dans l'état ordinaire.

4° Pour la sérosité du cerveau, du rachis, de l'estomac et des intestins, nous laisserons l'auteur parler lui-même de ses recherches.

« J'ai trouvé la sérosité cérébro-spinale limpide, inodore, et très-légèrement visqueuse, composée d'une grande quantité d'eau (quatre cent quatre-vingt-dix sur cinq cents parties), de six parties d'albumine, d'une de chlorure de soude, d'une partie de chlorure de potassium, d'une demi-partie de sous-carbonate de soude et de deux de phosphate de chaux.

« La sérosité des voies digestives, d'une couleur jaunâtre ou grisâtre et d'une odeur très-fétide, m'a présenté les principes élémentaires de la bile, de l'eau en grande proportion, de l'albumine, une matière extractive particulière, des substances alimentaires mal digérées, un peu de soufre, et tous les sels dont la chimie a déjà démontré la présence dans les matières fécales. Je rencontrai encore dans cette matière, et en proportion très-grande, cette espèce de couenne résinoïde que j'ai déjà signalée dans tous les autres liquides des cholériques, liquides qui tantôt rougissent, tantôt verdissent la couleur du tournesol, et qui d'autres fois sont sans action sur elle. »

NATURE ET SIÉGE DU CHOLÉRA ASIATIQUE.

Dupuytren disait que le siége du mal était dans le canal alimentaire en général, plus particulièrement encore dans l'estomac et l'intestin grêle, et dans ces organes, les follicules destinés à sécréter les mucosités qui lubrifient l'intérieur de ce canal ; que cette maladie consiste essentiellement en une irritation de ces organes, qui produit, d'une part, les tourments affreux d'estomac et d'entrailles, de l'autre, les évacuations excessivement abondantes de mucosités altérées dont elle est toujours suivie ; en un mot, qu'elle consiste en une *irritation sécrétoire* des glandes de Brunner et de Peyer, accompagnée de symptômes particuliers ; et qu'il croyait que les symptômes qu'on observe du côté du cerveau, de la moelle épinière, des nerfs et des muscles auxquels ils se distribuent du côté du cœur et des poumons, ne sont que des effets sympathiques de la maladie du canal alimentaire.

M. Luder de Moscou, Delpech et M. Coste se sont convaincus par de nombreuses autopsies que le siége de cette affection est dans les parties centrales du nerf ganglionnaire ; ils ont, disent-ils, constamment trouvé la partie inférieure du nerf pneumo-gastrique, les ganglions semi-lunaires et les plexus solaire et rénaux, volumineux, rouges et baignés de sérosité. Ces lésions leur ont paru suffisantes pour expliquer les effets de la maladie, et être la cause première de tous les désordres observés.

M. le baron Larrey dit qu'on ne trouve pas toujours les traces apparentes de la névrose, bien que la maladie paraisse attaquer d'abord le système nerveux, et que, d'après les principales lésions intérieures, on peut croire à l'*asphyxie* du cœur.

M. Broussais considère le choléra comme une gastro-entérite extrêmement violente et étendue, dont l'effet le plus terrible est de paralyser l'action du cœur.

M. Biet regarde cette maladie comme un empoisonnement miasmatique.

Avouons que toutes ces recherches n'ont jeté qu'un bien faible jour

sur la nature de ce terrible fléau ; les lésions sont si nombreuses et si variées, que les médecins diffèrent totalement d'opinion sur l'organe ou les organes affectés, et surtout sur la nature de la maladie ; parmi ces assertions, il en est qui sont purement hypothétiques, nous ne nous y arrêterons pas ; d'autres reposent sur des faits : il s'agit de savoir si ceux-ci ont été légitimement interprétés.

Et d'abord, examinons l'opinion du professeur Broussais. Le choléra est-il une gastrite ou une gastro-entérite? S'il s'agit de constater seulement la présence de l'inflammation de la muqueuse, on n'hésitera pas à répondre par l'affirmative ; mais cette inflammation n'existe pas toujours. Des autopsies bien faites, dans des cas de choléra bien constatés, n'ont révélé aucune phlogose dans cette partie de corps ; on est donc déjà autorisé à conclure que la gastrite, la gastro-entérite ne sont pas un caractère tellement essentiel du choléra, que celui-ci ne puisse exister sans elles. C'est donc un phénomène qui se présente souvent à la vérité, mais qui ne constitue pas la maladie.

Si on étudie avec soin la marche du choléra, on s'assurera que la congestion qui se forme du côté de la muqueuse en question, et l'inflammation qui peut en être la conséquence, sont des effets et non la cause des symptômes morbides ; car lorsque la mort arrive rapidement, il n'y a jamais de phlogose, parce que celle-ci n'a pas eu le temps de se développer. De plus, l'inflammation viscérale n'est pas en rapport avec la gravité de la maladie : il est des sujets chez qui cette inflammation est bien marquée et dont l'état n'est pas alarmant ; d'autres sont très-malades, alors que la phlogose gastro-intestinale est nulle ou peu de chose.

Ce sont ces raisons qui ont décidé la plupart des médecins à regarder la phlegmasie en question, comme ne jouant qu'un rôle secondaire. MM. Dubrueil et Rech disent en propres termes à ce sujet : « le résultat de nos travaux nous porte à avancer que la gastrite n'est que consécutive, accidentelle dans le choléra asiatique, loin de constituer son essence (1). »

---

(1) *Loc. cit.*, pag. 161.

Ajoutons à ces considérations que la plupart des cholériques ont été traités par des médicaments toniques et excitants très-actifs, que ces remèdes étaient à eux seuls capables de décider l'inflammation, et vous aurez la conviction que fréquemment celle-ci a dû être l'effet de la médication employée.

Y a-t-il un organe qui soit spécialement et toujours lésé dans le choléra? Et une lésion de ce genre est-elle le point de départ de tous les phénomènes subséquents? Rien n'indique que les choses se passent ainsi. L'asphyxie du cœur, invoquée par M. Larrey, ne peut guère résister à l'examen; l'asphyxie d'un organe tel que le cœur doit amener inévitablement et instantanément la mort, et quand celle-ci arrive subitement, rien n'indique que cet organe ait été plus affecté ou plutôt affecté que le cerveau ou les poumons.

Ceux qui ont placé le choléra dans le système nerveux, ont suivi, peut-être sans s'en douter, l'exemple des médecins de tous les temps, qui mettaient dans ce système toutes les maladies dont ils ne pouvaient pas révéler le siége; c'était une manière adroite de cacher son ignorance et d'en imposer au vulgaire.

Certes, toutes les fois qu'une maladie est générale (et la discussion précédente prouve que le choléra est nécessairement une maladie de ce genre), les nerfs, à cause du rang qu'ils occupent dans l'organisme, doivent y jouer un grand rôle; mais il s'en faut qu'on puisse delà tirer la conséquence que les centres nerveux et les filets qui en partent, soient primitivement et exclusivement affectés.

Le choléra est évidemment une affection dans laquelle les forces radicales de la vie sont directement attaquées, c'est une véritable sidération qui ne permet pas la lutte, et donne la mort dans un court espace de temps lorsqu'elle est portée à un haut degré. Suivant son énergie et la force de résistance qu'oppose le sujet, le mal durera plus ou moins, et se terminera ou non par la guérison.

Cette sidération est produite par une cause anti-vitale entièrement inconnue en elle même et dans ses modes de procéder. Est-ce un empoisonnement miasmatique? Dans ce cas le mal débuterait par les liquides. Est-ce une espèce de commotion analogue à celle de la

décharge électrique ? Alors les solides seraient les premiers affectés. Ces questions et une foule d'autres qu'on pourrait poser de la même manière, sont actuellement insolubles.

Quoi qu'il en soit, cette sidération, qui, dans les cas de mort prompte, ne permet le développement d'aucun phénomène morbide bien arrêté, donne le plus souvent lieu, lorsque ces phénomènes peuvent se réaliser, aux résultats suivants :

1° Une lésion profonde d'une des plus vitales de nos facultés, je veux dire la calorification. C'est, en effet, par un refroidissement extérieur que débute le choléra, et généralement la maladie est d'autant plus grave, que le désordre que je signale est considérable.

2° Une modification bien évidente dans la crâse du sang, due probablement à un vice de l'hématose, non pas faute d'air, car celui-ci entre régulièrement dans les poumons et en sort à peu près comme dans l'état de santé, mais bien par défaut d'assimilation pulmonaire. Le sang, morbidement constitué, n'excite pas suffisamment les vaisseaux où il coule et les organes qu'il arrose ; il s'engoue dans les parties: de-là, la difficulté de la circulation, que tous les observateurs ont signalée dans cette maladie. Les effets du contact d'un sang mal élaboré s'ajoutent à ceux déjà préalablement produits par la cause première morbide.

3° Une sécrétion exagérée de la muqueuse gastro-intestinale, effet probablement de la concentration des forces à l'intérieur, et des fluxions qui s'y portent activement au préjudice des organes périphériques.

Tels sont les trois modes principaux, suivant lesquels se fait l'expression phénoménale du choléra. Quant à la cause première, essentielle, qui à elle seule produit tout le reste, nous ne la connaissons pas.

Il y a moins d'embarras pour expliquer la formation de la période dite *réactive*. Alors évidemment la nature, jusque-là opprimée, reprend une partie de son indépendance et de sa spontanéité. Si la réaction n'est pas suffisante, l'algidité reprend le dessus, et la mort survient ; si la réaction l'emporte décidément et qu'elle se fasse régu-

lièrement sans congestions, sans inflammations, la guérison en sera la conséquence ; si elle est irrégulière, prompte, fougueuse, elle établit des fluxions dangereuses sur des organes presque froids et dénués d'une grande partie de leur vitabilité ; et ce retour trop peu gradué leur est fatal, de même qu'une excitation prompte est funeste à un organe menacé de congestion.

La lenteur de la convalescence s'explique par la profondeur de l'atteinte dont l'économie a subi l'action.

TRAITEMENT.

Sans examiner tous les moyens qui ont été employés pour combattre cette cruelle maladie, nous parlerons de diverses méthodes qui ont jeté tant de vague et de confusion au début de l'épidémie en Europe.

C'est en vain qu'on a cherché un spécifique, et il en est du choléra asiatique ce qu'il en a été de la fièvre jaune. Le desir de faire cette découverte a, sans doute, donné naissance à la diversité des méthodes curatives très-différentes les unes des autres, et souvent même entièrement opposées.

Parmi les médicaments employés avec plus ou moins de succès, puis abandonnés pour revenir au traitement général simple, nous devons citer les émétiques, particulièrement l'ipécacuanha et le muriate de soude, la rhubarbe, le calomel, l'huile de ricin, les sels neutres, le vin de colchique, les boissons aromatiques et amères, les potions alcooliques, les teintures stimulantes, le musc, le camphre, l'opium, l'oxide de bismuth, et une foule de topiques divers qui ont joué un rôle plus ou moins important.

Le comité médical de Varsovie, chargé, pendant l'épidémie, d'indiquer un traitement général, proposa le suivant: la saignée ; deux ou trois grains de calomel avec un demi-grain d'opium, réitérés plusieurs fois dans la journé ; pour boisson une infusion de menthe: frictions, sinapismes, moxas à la région épigastrique. On crut d'abord à l'efficacité de ce traitement, ensuite la mortalité augmenta ; on abandonne la saignée, on continue le calomel ; on croit que l'opium qui y est joint engourdit, on l'abandonne. On préconise ensuite les

boissons chaudes, prises d'heure en heure; on fait revenir la chaleur, la sueur s'ensuit, le mal diminue ; on ordonne pour tous l'emploi de ce simple moyen.

M. Léo propose et administre le magistère de bismuth, à la dose de trois ou quatre grains toutes les deux heures. On croit d'abord en obtenir de bons effets; on doute ensuite: une commission est nommée pour suivre le traitement, on l'abandonne.

L'ipécacuanha a aussi joué son rôle; il a été administré de temps en temps, afin de provoquer les évacuations par le bas (1). Le musc, le camphre ont tour à tour été employés: on a cru d'abord à leur efficacité.

Le docteur Searle, qui avait observé et guéri des malades pendant long-temps sur les lieux d'où cette maladie est originaire, employa d'abord le calomel à des doses extrêmement élevées, telles que six grains toutes les demi-heures, et des boissons chaudes avec quelques cuillerées de rhum; mais cette médication ne lui ayant pas procuré le succès qu'il disait en avoir obtenu dans l'Inde, il employa le sel de cuisine, une cuillerée à soupe fondu dans un verre d'eau froide, et une deuxième si les selles n'avaient pas lieu. Il fit prendre deux fois le jour quelques cuillerées d'un potage clair fait avec le salep.

On a aussi employé les frictions sur tout le corps avec l'esprit de vin, quelques liniments anodins, ammoniacés, et des fumigations de diverses espèces, en y joignant des bains.

Si nous regardons les divers traitements adoptés par les médecins de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont les méthodes sont si variées, ils se sont accordés sur ce point, qu'il fallait stimuler les malades. Chacun a employé des remèdes différents, suivant les opinions qu'il s'était formées sur la nature de la maladie; mais ces médications ayant échoué dans la plupart des cas, ils ont modifié chaque jour leurs traitements.

Dans les autres hôpitaux de la capitale, on a adopté des méthodes à peu près pareilles dans le commencement de l'épidémie, à l'exception de

---

(1) Le succès de ce médicament a été incontestable dans le choléra de Montpellier et dans d'autres localités.

M. Dance à la Charité et de M. Bouillaud à la Pitié, dont le traitement se rapproche beaucoup de celui de M. Broussais, que nous allons exposer succinctement. Considérant cette maladie comme une gastro-entérite extrêmement violente et étendue, dont l'effet le plus terrible est de paralyser l'action du cœur, on ne doit, suivant ce professeur, avoir qu'un seul but, celui de détruire l'inflammation du tube digestif. Dans la première période, une certaine quantité de sangsues sur le ventre et à l'anus; la saignée, pour qu'elle soit utile, il faut prendre la maladie au début; boissons froides. Si les évacuations sont copieuses, glace seulement à manger; si, malgré ces soins, le malade tombe dans l'asphyxie, l'indication la plus urgente est de le réchauffer en rappelant les battements du cœur. On ne doit recourir qu'aux moyens extérieurs ou à l'administration des substances, qui, ingérées dans l'estomac, ne sont point susceptibles de l'irriter davantage. Ensuite, s'il se forme une congestion dans un point du bas-ventre, ou une complication de congestion pulmonaire, ou une congestion cérébrale, on posera également les sangsues à l'endroit où se manifestera la congestion. Les vésicatoires, les sinapismes, l'eau froide avec la glace sur la tête, sont aussi employés avec succès pour empêcher la formation de la congestion cérébrale.

M. Biet, voyant dans le choléra épidémique un empoisonnement miasmatique, administrait toutes les deux heures un demi-gros de charbon de bois.

Enfin, l'électricité, l'électro-puncture, le galvanisme, l'inspiration de l'oxygène, les vapeurs de chlore, la transfusion du sang, les injections aqueuses dans les veines, et tous les moyens imaginables, ont été tentés sans succès; je dis sans succès, car, pour une guérison que l'on cite, on éprouve bien des revers. Nous nous bornerons à ce qui est d'une application pratique, et nous examinerons le traitement curatif dans les trois périodes établies.

TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE.

Le plus ordinairement la maladie est annoncée par une série de signes que nous avons indiqués; quelquefois son invasion est brusque: la thérapeutique doit donc varier suivant ces deux modes d'apparition.

Ainsi, la saignée du bras, chez les sujets jeunes, forts et pléthoriques, pratiquée dès le début, a souvent fait avorter la maladie; on en seconde les bons effets, en prescrivant la privation de toute espèce d'aliments, quelque légers qu'ils soient; une décoction très-légère d'orge, une infusion de tilleul, ou toute autre boisson analogue; les lavements émollients simples et des demi-lavements amilacés; les pédiluves chauds, sinapisés; tenir le malade bien chaudement, pour porter à la peau une douce chaleur et ranimer la circulation; à cet effet, on place le malade dans un lit bassiné et réchauffé à l'aide d'un appareil caléfacteur (1). On peut se servir d'un appareil plus simple : il consiste dans un berceau de la même grandeur, et une lampe à esprit de vin que l'on place entre les jambes du malade. Un vase contenant de la chaux vive sur laquelle on verse un peu d'eau, peut encore remplacer la lampe qui n'est pas toujours à la disposition du médecin.

Pour pratiquer la saignée il ne faut pas perdre de temps, car il est quelquefois très-difficile d'obtenir une quantité suffisante de sang, même en frictionnant le bras et en le plongeant dans de l'eau chaude; si elle n'est point praticable à cause de la petitesse du pouls et de la dépression des forces, une ou deux applications de sangsues à l'anus ont souvent produit les meilleurs effets. On doit aussi appliquer des ventouses mouchetées ou des sangsues à la région épigastrique, ou sur le trajet du colon, lorsque l'inflammation paraît se localiser d'une manière particulière sur l'appareil digestif; après la chute des sangsues ou l'application des ventouses, on couvre l'abdomen de cataplasmes chauds ou de fomentations émollientes très-chaudes, souvent renouvelées.

L'ipécacuanha à dose vomitive, préféré au tartrate de potasse antimonie, a été utilisé avec succès dans la première période avec embarras gastrique; il est indiqué alors que les symptômes d'irritation ne sont point manifestes. On se trouve bien aussi dans ces mêmes

---

(1) L'appareil le plus commode est celui de Chevalier : il consiste en un réchaud contenant une lampe à esprit de vin; la partie supérieure de ce réchaud est recouverte d'un chapiteau terminé par un fer-blanc, terminé lui-même par une espèce d'embouchure, qui doit arriver sous les couvertures du malade, afin que la chaleur puisse se propager dans toute l'étendue du lit; les couvertures sont soulevées par un berceau long de trois pieds, sous lequel le malade est couché.

circonstances de l'administration des boissons stimulantes ; j'ai donné souvent et avec succès le mélange de deux parties d'alcoolat de menthe et d'une partie de laudanum, par cuillerée et à doses rapprochées.

Dans le cas de vomissements et de crampes, on a souvent à se louer de l'emploi des bains généraux, des fomentations ou cataplasmes émollients et narcotiques sur le bas-ventre. Les symptômes nerveux et la diarrhée cèdent aussi quelquefois aux opiacés, qu'il faut toujours employer avec ménagement.

TRAITEMENT DE LA DEUXIÈME PÉRIODE.

L'indication la plus pressante consiste bien certainement à ranimer l'action du système nerveux et à provoquer les fonctions générales de la peau ; pour obtenir ce résultat, deux méthodes de traitement tout-à-fait opposées ont été suivies avec une égale confiance. Dans l'une se trouvent les excitants les plus énergiques, dans l'autre les réfrigérants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. La dernière méthode de traitement paraît la plus rationnelle pour réveiller les fonctions de la peau ; ce n'est que bien rarement qu'il faut avoir recours aux stimulants intérieurs, mais seulement aux révulsifs cutanés. Si les fonctions de la vie sont entravées par la concentration des forces à l'intérieur, on rappellera plus facilement la vie au-dehors, en agissant à l'intérieur avec les réfrigérants qu'avec les excitants.

Ainsi, les boissons fraîches ou à la glace, la glace prise par petits morceaux, que le malade laisse fondre dans sa bouche ; l'eau de Seltz par cuillerée de cinq en cinq minutes. Réitérer les applications de sangsues ou des ventouses scarifiées, suivant les indications ; un quart de lavement amidonné, avec ou sans addition de six gouttes de laudanum, et répété de deux en deux heures. Tenir les extrémités chaudes ; mettre des cataplasmes sinapisés et des sinapismes aux pieds, aux jambes, aux cuisses et à d'autres parties du corps ; les renouveler s'ils paraissent ranimer le malade, faire des frictions sur les membres, le dos, avec le liniment hongrois. Continuer l'application des topiques émollients et narcotiques sur l'estomac et le bas-ventre. Si, à l'aide de ces moyens, la réaction ne tend pas à se produire, on peut encore appliquer un sinapisme à la région épigastrique ; promener un fer

chaud sur la colonne vertébrale suivant la méthode de M. Petit (1). On peut aussi placer un moxa à la base du crâne et sur les côtés du rachis, et si par ces moyens l'on ne réussit pas, il faut se garder de vouloir trop faire, on fatiguerait inutilement le malade.

TRAITEMENT DE LA TROISIÈME PÉRIODE.

Si par les moyens appropriés on est parvenu à ranimer l'organisme, la réaction ne tarde pas à s'établir; il faut qu'elle soit graduelle et modérée. C'est à cette époque que les bains tièdes avec effusion d'eau froide sur la tête conviennent, et qu'ils rendent de grands services en faisant disparaître quelques accidents nerveux, comme le hoquet, les spasmes, etc. etc. Si l'on parvient à maintenir la circulation et la chaleur, la figure s'épanouit; les yeux, qui semblaient atrophiés, reprennent leur place et leur éclat; la teinte bleue de la peau disparaît peu à peu, les urines sont rendues en petite quantité, et la convalescence est ordinairement rapide, mais elle doit toujours être surveillée avec le plus grand soin.

S'il survient quelques entraves à cette amélioration, si l'épigastre est douloureux, il faut encore y appliquer des sangsues. Si la réaction est trop forte, et si le cerveau ou la poitrine sont atteints par la turgescence, les saignées générales et locales trouvent encore leur application selon les forces du sujet; la glace sur la tête, des sangsues derrière les oreilles, des sinapismes aux pieds, aux jambes, etc. etc. L'hémorrhagie nasale, qui survient quelquefois pendant cette période, est presque toujours salutaire; il faut bien se garder de l'arrêter à moins qu'elle ne compromette les jours du malade.

La prostration très-grande et la prédominance des symptômes nerveux sont des indices que la maladie passe à l'état typhoïde.

Pour les autres indications à remplir, le médecin doit en juger d'après l'état des forces vitales, et traiter, suivant les méthodes fondées

---

(1) Elle consiste à étendre sur le rachis, quatre ou cinq fois dans la journée, une compresse de flanelle imbibée de la liqueur suivante: un gros d'ammoniaque liquide, une once de térébenthine; couvrir cette compresse de linges imbibés d'eau, et y passer à plusieurs reprises un fer à repasser bien chaud.

sur l'observation et l'expérience, les autres affections phlegmasiques qui succèdent à la réaction et qui sont étrangères au choléra asiatique.

CONVALESCENCE.

Si l'état morbide persiste encore pendant quelque temps, il sera bon de continuer l'usage des moyens qui en auront triomphé dans la violence du mal, mais ils ne devront être employés qu'avec une très-grande réserve.

Les fonctions se rétablissent franchement quand la maladie se termine promptement, alors l'appétit se prononce, et les aliments sont facilement digérés ; mais il faut bien prendre garde au desir immodéré et aux sollicitations des malades, l'appareil digestif étant loin de pouvoir élaborer les aliments ; les rechutes sont très-dangereuses et souvent mortelles.

Les voies digestives sont irritables au dernier point, et surtout lorsque la convalescence succède à l'état typheux ; quelques cuillerées de bouillon coupé, un verre d'eau légèrement teinte de vin, suffisent pour réveiller les douleurs abdominales, des coliques, de la diarrhée et des accidents nerveux. Combien donc les écarts de régime, même les plus légers, ne doivent-ils pas être évités ?

Pour réconcilier les voies digestives avec leurs excitants ordinaires, il faut les sonder avec prudence ; on permettra successivement des bouillons maigres, quelques cuillerées de bouillon gras coupé, de légères semoules, des fécules, le salep, de petits potages, quelques légumes, des œufs, des viandes blanches, et l'on arrivera progressivement à mettre les malades à leur régime ordinaire. Il faut aussi soigneusement garantir les malades du froid et de l'humidité, et éviter toutes les émotions qui peuvent ébranler le système nerveux.

En résumé, un cholérique convalescent doit être considéré comme un homme à peine guéri d'une maladie extrêmement grave, et comme tel, être soumis à toutes les précautions hygiéniques auxquelles on a coutume de l'astreindre. Le défaut de nourriture est peut-être aussi funeste que l'excès, il faut donc prescrire un régime approprié.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, *Examinateur.*	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES, Président.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Examinateur.*	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN, *Suppléant.*	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, *Examinateur.*	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENE.	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. FAGES.
KÜNHOHLTZ.	BATIGNE.
BERTIN.	POURCHÉ.
BROUSSONNET.	BERTRAND, *Examinateur.*
TOUCHY.	POUZIN.
DELMAS, *Suppléant.*	SAISSET.
VAILHE, *Examinateur.*	ESTOR.
BOURQUENOD.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.